DES ADHÉRENCES

BALANO-PRÉPUTIALES

DANS LEUR RAPPORT

AVEC L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

CHEZ L'ENFANT

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............. Doyen
FORGUE.................. Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale...........................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale........................	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.............	GRYNFELTT.
— — M. Puech (ch. du cours).....	
Thérapeutique et matière médicale............	HAMELIN (✻).
Clinique médicale...........................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses......	MAIRET (✻).
Physique médicale...........................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL
Clinique chirurgicale........................	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....................	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.................	VILLE.
Physiologie..................................	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne...........................	DUCAMP.
Anatomie.....................................	GILIS.
Opérations et appareils......................	ESTOR.
Microbiologie................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.............	BAUMEL.
Anatomie pathologique........................	BOSC.
Hygiène......................................	H. BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements............................	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe.......................	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :
MM. BAUMEL, *président.*
CARRIEU.
BROUSSE.
VIRES.

DES ADHÉRENCES

BALANO-PRÉPUTIALES

DANS LEUR RAPPORT

AVEC L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

CHEZ L'ENFANT

N° ~~44~~ 14

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 2 AVRIL 1903

PAR

Victor BORDES

Né à Prades (Pyrénées-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—

1903

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

V. BORDES.

A TOUS MES AMIS

V. BORDES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

V. BORDES.

INTRODUCTION

Les adhérences balano-préputiales ont été jusqu'en 1896 — époque à laquelle M. le professeur Baumel (1) attira l'attention des praticiens sur elles — fort peu étudiées. Si on lit les livres classiques antérieurs à cette époque, on peut très bien se rendre compte qu'il n'en est pour ainsi dire pas fait mention. Bokaï le premier prononça leur nom et quelques années plus tard, Baginski (2) les décrit en une seule page : « Cette anomalie, dit-il, étudiée seulement par Bokaï est très fréquente. »

Mais il semble que le sujet qui nous occupe est depuis retombé dans l'oubli, et les auteurs classiques se contentent de le citer brièvement dans leurs descriptions sur les malformation du pénis. Quant aux monographies, aux observations, elles sont encore plus rares, et nous n'en avons presque pas trouvé dans le cours de nos recherches bibliographiques.

Il y a là, il faut le reconnaître, une lacune d'autant plus regrettable que les adhérences balano-préputiales sont, du moins à la naissance, excessivement fréquentes. Notre Maître

(1) Baumel, *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 1896, IV, p. 444.

(2) Baginski, *Maladies des enfants*, t. II.

M. le professeur Baumel estime qu'elles existent chez l'enfant nouveau-né dans une assez grande proportion. Malgré cela, on a jusqu'ici prêté si peu d'importance aux adhérences balano-préputiales que les données à ce sujet sont très vagues.

Mais ce que l'on ignorait totalement il y a quelques années, ce que l'on ne sait pas encore suffisamment aujourd'hui, c'est que les adhérences sont intimement liées à l'incontinence d'urine. C'est à peine si quelques chirurgiens parmi lesquels Owen (1), en Angleterre, notent en passant cette coïncidence. De Sardac (2), dans une thèse datant de 1891, résume l'étiologie de l'incontinence d'urine et cite à son tour, mais sans insister, les adhérences balano-préputiales.

Cette ignorance s'explique en partie : cachées le plus souvent dans le repli balano-préputial, dissimulées sous le dépôt de smegma accumulé, les adhérences n'ont été dépistées que lorsque leur développement a constitué une véritable infirmité, et c'est là une exception. Mais chaque fois que ces adhérences ont été petites, peu étendues, localisées, il n'est pas venu à l'idée du praticien d'éverser complètement la muqueuse pour aller les trouver au fond du sillon balano-préputial. Et cependant, grandes ou petites, nombreuses ou rares, les manifestations ne s'en produisent pas moins. Aujourd'hui que l'attention a été attirée de ce côté, les anomalies de ce genre se trouvent être de plus en plus fréquentes et plus d'une incontinence doit leur être en partie attribuée c'est du reste l'opi-

(1) Owen, *Chirurgie infantile.*

(2) De Sardac, Th. de Bordeaux, 1890-91, n° 31.

nion de Baginski : « nous partageons, ajoute notre maître M. le professeur Baumel, cette manière de voir. »

A M. le professeur Baumel revient donc l'honneur d'avoir décrit les adhérences balano-préputiales ; c'est à lui aussi que l'on doit d'avoir insisté sur la fréquence de l'incontinence d'urine provoquée par elles. Notre intention est de développer ces deux idées.

Nous étudierons tout d'abord les adhérences balano-préputiales, nous décrirons leur forme, leur situation, les manifestations — outre l'incontinence — auxquelles elles donnent lieu, nous donnerons enfin leur traitement. Nous étudierons aussi les liens intimes qui unissent les adhérences et l'incontinence, et nous rechercherons le mécanisme de cette dernière grâce aux données physiologiques de l'action réflexe.

Dans le courant de nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas constaté l'existence d'une monographie du sujet que nous avons l'intention de traiter. Notre but, guidé par M. le professeur Baumel, est de combler cette lacune en cherchant à réunir et à grouper les quelques éléments épars sur ce sujet, et il ne faut pas oublier qu'ils ne sont rien moins que nombreux.

Nous aurons atteint notre but si nous attirons sur l'incontinence d'urine due aux adhérences balano-préputiales l'attention qu'elle mérite.

DES ADHÉRENCES
BALANO-PRÉPUTIALES
DANS LEUR RAPPORT
AVEC L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE
CHEZ L'ENFANT

I

DESCRIPTION

Des adhérences balano-préputiales

Les adhérences balano-préputiales unissent, comme leur nom l'indique, la muqueuse du gland à celle du prépuce; le but de ce dernier, qui est de glisser complètement sur le gland, s'en trouve dès lors plus ou moins entravé; le degré d'entrave dépend de la situation des adhérences, de leur nombre et de leur forme.

En règle générale, les adhérences intéressent un point quelconque de la surface du gland, mais le lieu de prédilection se trouve à la base de cet organe; l'implantation se fait au niveau de son bourrelet, constituant ainsi une sorte de pont

jeté entre les deux muqueuses opposées : nous disons « pont » à dessein; il est rare, en effet, que l'adhérence cloisonne le gland en une paroi continue; presque toujours existe une solution de continuité entre le pont et le fond du sillon dans laquelle passera plus ou moins facilement l'extrémité d'une sonde ou d'un stylet. Indistinctement, les adhérences occupent la face dorsale du gland ou la face opposée. Il n'y a, à ce point de vue, aucune règle.

Tel est le cas ordinaire pour des adhérences rares, et c'est dans ce cas qu'elles deviennent difficilement visibles. Mais bien souvent elles sont multiples et occupent alors toute la surface du gland, provoquant ainsi un accollement intime du gland et du prépuce : « Dans ce cas, dit M. le professeur Baumel, on ne voit autour du méat qu'un tout petit espace circulaire resté libre de toute attache. » Généralement le pont interbalano-préputial est très court, provoquant de la sorte un accollement direct des deux muqueuses à l'endroit de l'implantation.

Au point de vue de leur nature, ce sont de simples adhérences épithéliales, le plus souvent fort fragiles et que le refoulement du prépuce en arrière suffit pour détruire.

Nous pouvons diviser les adhérences balano-préputiales en deux catégories :

1° Les adhérences congénitales simples;
— — liées au phimosis ;
2° Les adhérences acquises.

Les adhérences acquises ne nous arrêteront pas longtemps, elles ont, du reste, été peu décrites, mais on comprend très bien que des plaies, des inflammations de toutes sortes puissent les favoriser.

Les plus importantes pour nous sont les adhérences congé-

nitales ; comment les expliquer? Champneys fait observer que, pendant la vie fœtale, la couche muqueuse du prépuce est toujours adhérente au gland, mais qu'elle s'en sépare peu à peu aux approches de la naissance. Quelquefois il est des cas où l'enfant naît avec un prépuce intimement uni au gland ; la persistance des adhérences pendant la vie indique donc une anomalie de développement. Ainsi s'expliquerait, par suite, la fréquence vraiment étonnante d'adhérences balano-préputiales légères et qui disparaissent presque toujours spontanément avec les progrès de l'âge.

Nous retiendrons donc que les adhérences congénitales, fréquentes après la naissance, vont en diminuant progressivement, à mesure que l'enfant grandit.

Nous retiendrons aussi que ces adhérences constituent une véritable malformation. Or, en lisant les nombreuses observations d'incontinence d'urine, nous avons été surpris de constater que beaucoup d'incontinents étaient atteints d'autres malformations ou d'arrêts de développement. Les uns étaient monorchides, les autres avaient une verge peu développée. Une observation citée dans la thèse de Guinon (1) est intéressante à ce point de vue. L'enfant dont il parle, né avant terme, était mal développé. Il avait une déformation du thorax en carène, sans rachitisme des membres de l'asymétrie crânienne, une déformation constituée par une saillie arrondie au niveau de la suture sphénoïdale. La voûte palatine était ogivale et profonde. Le testicule gauche était à l'anneau. Le malade a toujours uriné au lit.

Cette coïncidence de l'incontinence d'urine avec des malformations multiples nous a frapppé et nous nous sommes dit

---

(1) Guinon, Th. de Paris, 1899.

que, probablement par un examen méthodique, on aurait pu découvrir des adhérences balano-préputiales, si rares alors, tandis qu'aujourd'hui nous en observons si fréquemment ! En tout cas nous nous permettons d'attirer l'attention sur ce fait : coïncidence probable des adhérences balano-préputiales avec d'autres malformations, nous promettent bien — pour notre part — dès que l'occasion se présentera, de pousser jusqu'au bout nos investigations. Dans l'observation de Guinon les adhérences étaient d'autant plus probables que l'enfant était né avant terme : condition favorable à la non-résorption complète des adhérences qui, pendant la vie intra-utérine, unissent le prépuce au gland.

Il reste enfin une dernière catégorie d'adhérences à signaler, ce sont celles que l'on rencontre chez les enfants atteints de phimosis. Ces adhérences sont excessivement fréquentes et on les trouve signalées chez de nombreux auteurs. Nous n'en citerons que quelques cas extrait de la thèse de De Sardac (1) :

Samuel Adams. — R. (Fr.), douze ans, incontinence d'urine et phimosis. Circoncision ; une partie de la muqueuse était adhérente jusqu'au méat et une grande quantité de smegma se trouvait autour de la couronne. Guérison compléte.

Samuel Adams. — Enfant de quinze ans. Pénis très petit, peu développé et phimosis. Je l'opérai enlevant la partie du prépuce qui était en trop et je détruisis les adhérences. Guérison radicale.

Pousson. — H. S., âgé de neuf ans. Phimosis. « L'orifice préputial est étroit et ne peut être ramené en arrière du gland. Il existe de solides adhérences unissant la face interne du prépuce au gland sur le côté gauche. » Guérison radicale.

---

(1) De Sardac, Thèse de Bordeaux, 1891.

Au Congrès international de Paris 1900, le docteur S. Bernheim dit qu'après avoir examiné le prépuce d'un grand nombre d'individus, il tire les conclusions suivantes: « 1° Le prépuce est un organe offrant souvent des malformations congénitales ou acquises; il est très irrégulier de forme ces malformations, gênantes pendant l'enfance, peuvent être le point de départ de mauvaises habitudes (masturbation) ou d'infirmités (rétention, incontinence d'urine). A l'âge adulte, elles constituent un empêchement aux rapprochements sexuels et favorisent toute espèce d'inoculations infectieuses. »

Quand il existe une de ces difformités rencontrées chez de nombreux enfants que l'auteur a examinés, on pratique soit la rupture des adhérences préputiales quand cette simple intervention paraît devoir être suffisante, soit une opération irrégulière ou régulière.

En parlant de la circoncision, de Saint-Germain s'exprime en ces termes : « Ici deux cas peuvent se présenter : ou il n'existe pas d'adhérences, ou il en existe dans une plus ou moins grande étendue. Dans le premier cas, il n'y a pas à s'y tromper, le gland fait assiette de tous côtés et il n'y a qu'à appliquer le pansement; dans le second cas, il faut détruire les adhérences soit avec une spatule, soit avec une sonde cannelée. »

Nous pourrions multiplier les observations de ce genre.

Les adhérences liées au phimosis ont généralement une constitution spéciale : au lieu d'être minces, délicates, elles sont solides, résistantes, constituant de véritables brides fibreuses qui mettent obstacle à la circoncision. Le plus souvent aussi, elles sont plus nombreuses que dans le cas d'adhérences simples ; dans quelques cas exceptionnels, le prépuce est intimement soudé au gland ; c'est ce que Hamonic (1)

---

(1) Hamonic, *De la circoncision* (*Revue clinique d'andrologie et gynécologie*, 1900, VI).

désigne sous le nom d' « adhérences symphyso-balano-préputiale complète. »

Nous ne pouvions pas laisser dans ce travail complètement de côté les adhérences balano-préputiales compliquant le phimosis, d'autant qu'elles sont très fréquentes; néanmoins, dans l'étude que nous ferons, nous envisagerons les adhérences simples d'origine congénitale, et ce que nous dirons des unes s'appliquera aussi bien aux autres.

Quel est le sort réservé aux adhérences balano-préputiales? C'est là une question qui n'est pas encore nettement élucidée, mais il est permis d'admettre qu'elles disparaissent à la longue. Ainsi s'expliquerait que, excessivement fréquentes peu après la naissance, elles diminuent progressivement avec l'âge. Il est probable qu'un certain nombre de ces adhérences finissent par se résorber, le travail commencé *in utero* peu avant la naissance se continuant ainsi. Mais il est certain aussi que les tiraillements, les tractions multiples viendront à bout facilement de ces replis muqueux seulement épithéliaux. C'est probablement à cette résorption spontanée que la belladone employée dans l'incontinence d'urine doit ses nombreux succès.

Mais nous ne pouvons pas terminer cette étude sans insister sur un fait : les adhérences, avons-nous dit, deviennent de plus en plus rares à mesure que l'on s'éloigne de la naissance. Elles existent quelquefois cependant chez l'adulte ; une observation, due à notre maître M. le professeur Baume[1], en donne la preuve :

« En 1879, j'ai eu l'occasion d'observer des adhérences balano-préputiales chez un de mes amis, R..., professeur de l'Université, âgé de vingt-sept ans.

Il vint me trouver, certain jour, me disant qu'il n'était pas, comme

conformation, semblable aux autres hommes, et qu'après chaque rapprochement sexuel il avait de la blennorragie. Or j'ignorais à cette époque l'existence des adhérences balano-préputiales, dont je n'avais jamais observé aucun cas. Celui-là même a été certainement cause de l'attention que j'y ai apportée ultérieurement.

Depuis 1889 que je suis chargé de la clinique des maladies des enfants, le nombre des cas que j'ai vus est incalculable, et la fréquence de cette anomalie, je le déclare avec Baginski, est extrêmement grande.

J'examinai donc la verge de M. R..., et je trouvai, à la face intérieure du gland, des adhérences fibreuses multiples, d'un centimètre à un centimétre et demi d'épaisseur. J'opérai toutes ces adhérences en procédant par ligatures élastiques successives, qui tombaient au bout de trois jours environ, sans amener la moindre hémorragie. Détail intéressant à noter : M. R... était fiancé et sur le point de se marier. J'arrivai ainsi jusqu'à la base du gland, où je trouvai d'un côté un tunnel borgne, de l'autre, des ponts multiples. Il n'a pas fallu moins de six ou sept ligatures pour faire complètement disparaître ces adhérences. La blennorragie à répétition dont le malade se plaignait, et qui survenait après chaque coït, n'était qu'une vulgaire balano-posthite. M. R..., quand il s'est marié, était normalement conformé. Il a eu deux superbes enfants.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Nous ne voulons en retenir qu'un fait : c'est que les adhérences balano-préputiales peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et demeurer même chez des individus intelligents complètement inaperçues, malgré la gêne qu'elles peuvent occasionner.

Enfin les ennuis multiples dont elles sont cause font comprendre facilement quel intérêt il peut y avoir à les découvrir et à les supprimer.

II

PATHOGÉNIE

De l'incontinence d'urine liée aux adhérences

Par quel mécanisme les adhérences balano-préputiales provoquent-elles l'incontinence d'urine ? C'est ce que nous allons maintenant envisager.

Reprenons pour cela en quelques mots l'histoire de l'incontinence. Au début, cette infirmité reconnaissait deux causes variant avec la constitution des sujets. Chez les uns, c'était l'hyperexcitabilité de la vessie, qui sous la moindre influence se trouvait être mise en jeu ; chez les autres, c'était au contraire l'atonie, une faiblesse particulière du muscle vésical accomplissant insuffisamment son rôle physiologique. Chez ces mêmes sujets, on invoquait enfin une hérédité nerveuse ; les parents se trouvaient parfois avoir été incontinents eux-mêmes. C'était là une pathogénie qui ne pouvait certainement expliquer tous les cas d'incontinence ; on s'en aperçut bientôt. Chez certains enfants on ne trouva pas la moindre hérédité nerveuse ; la pathogénie ordinaire ne paraissait pas justifiée. C'étaient des enfants atteints de tumeurs du prépuce ou du gland, de vices de conformation de l'appareil génital, de phimosis, etc. Le phimosis surtout était fortement incriminé. « On avait, dit de Sardac, érigé presque cette opinion en axiome, à savoir que toujours la maladie était le résultat de

cette malformation et que dans tous les cas il fallait pratiquer la circoncision. »

Ricord, de son côté, disait, en présence du trouble apporté par l'hypertrophie préputiale, que « le prépuce est un organe dangereux. »

Trousseau traita avec succès par la circoncision un malade qu'il espérait seulement guérir de pollutions nocturnes et qui guéritaussi, du fait de son opération, de l'incontinence d'urine. Il admit alors une action sympathique sur la vessie. On admet aujourd'hui que l'incontinence d'urine due au phimosis est d'origine réflexe. Or les adhérences balano-préputiales agissent de la même façon que le phimosis; la pathogénie est la même; et, ici encore, c'est l'action réflexe que nous devons invoquer. « Pendant le sommeil, dit de Sardac, chez le malade porteur d'un prépuce très allongé, les mouvements au lit amènent un léger frôlement entre la face interne du prépuce et du gland; or celui-ci, complètement encapuchonné, est doué d'une exquise sensibilité, la mise en jeu de cette sensibilité entraînera la contraction de la vessie. En outre de ce frôlement, nous devons encore noter que, sous l'influence de la douce chaleur du lit, il se produit un léger état de semi-érection qui pourra provoquer une excitation agissant par mouvement réflexe sur l'organe vésical. » Quelque chose d'identique se passera avec les adhérences balano-préputiales.

Lorsque les adhérences seront très nombreuses, le prépuce restera accolé au gland dans toute son étendue et les conditions du phimosis se trouveront ainsi réalisées. Au contraire, dans les cas d'adhérences limitées au sillon balano-préputial, les frottements des draps de lit provoqueront le glissement du prépuce, la tension des adhérences, et le réflexe se produira. Mais ce réflexe se produira ici plus facilement que dans le phimosis, et cela aura lieu dans le cas de cette demi-érec-

tion dont parle de Sardac, qui réalisera au maximum la tension des adhérences. Et nous avons le droit de conclure que ces dernières, mieux encore que le phimosis, sont susceptibles de provoquer l'incontinence par action réflexe.

Ce réflexe n'est du reste pas localisé aux seuls organes génitaux. Un médecin du Canada, Major, avait le premier attiré l'attention sur le fait suivant : « On observe assez souvent, disait-il, l'incontinence nocturne d'urine chez les personnes qui, affectées d'une obstruction des fosses nasales, respirent par la bouche. » C'est ainsi que l'hypertrophie des amygdales, les polypes naso-pharyngiens, les lésions de la bouche et des dents, l'évolution dentaire, viennent grossir cette étiologie déjà vaste. L'action réflexe se produira ainsi de deux façons : au niveau des organes génitaux dans le cas d'adhérence, de phimosis, de tumeurs du gland ; au niveau d'organes plus éloignés, comme cela a lieu dans les lésions buccales. L'action réflexe pourra donc être directe dans le premier cas, indirecte dans le second.

Cette action réflexe s'explique par des considérations d'ordre anatomique : les régions préputiale et vésicale reçoivent des branches du même département nerveux. Le plexus sacré donne des filets qui vont se distribuer à la vessie, surtout au niveau du col ; d'autres se rendent au plexus hypogastrique, qui innerve encore l'organe. D'autre part, le plexus sacré fournit une branche périnéale dont le rameau superficiel se divise en plusieurs filets d'une longueur remarquable ; ces filets longent la face inférieure de la verge, à la peau de laquelle ils se distribuent jusqu'au prépuce. Le prépuce et le gland reçoivent encore des filets du rameau externe de la branche dorsale de la verge. Les connexions qui relient le plexus sacré et le plexus hypogastrique vont nous donner l'explication des mouvements réflexes entre la vessie

et la région préputio-glandaire. Une excitation survenant au niveau de cette région sera recueillie par les deux rameaux de la branche dorsale de la verge, gagnera le nerf honteux interne et de là le plexus sacré , qui la dirigera vers la partie inférieure de la moelle; là, elle se transmettra aux nerfs moteurs et reviendra, par l'intermédiaire du plexus sacré, à la fibre musculaire vésicale.

Un fait cité par Owen nous permet d'assimiler plus intimement encore ce mécanisme au mécanisme réflexe : de même, en effet, qu'il suffit parfois de se pincer la langue pour empêcher l'éternuement, de même, pendant le jour, l'enfant évite de se souiller en se pinçant le prépuce. Mais, pendant la nuit, l'action du cerveau ne s'exerce plus sur le conduit génito-urinaire qui est uniquement sous la dépendance de la substance grise de la moelle, et il en résulte l'incontinence. Un autre fait important nous permet d'assimiler, d'un autre côté, l'incontinence nocturne du phimosis à celle de l'adhérence balano-préputiale.

Dans le phimosis, l'excitation préputiale est pour beaucoup de praticiens (Adams, O'Farrel) le fait du smegma qui s'accumule dans le sillon balano-posthique. Des soins de propreté devraient alors suffire à faire disparaître l'infirmité ; or l'expérience prouve que l'incontinence cède fort souvent aux mesures hygiéniques.

Les dépôts de smegma, par suite d'adhérences, sont un fait banal et jouent un rôle important dans la pathogénie de l'incontinence. Ils peuvent, en outre, être cause de nombreuses complications. « Le smegma préputial, dit M. le professeur Baumel, s'accumule dans ces gouttières ainsi formées (par les adhéreuces) et amène de la balano-posthite; quelquefois même il peut se produire de la suppuration avec excoriation du prépuce. »

On a parfois vu le smegma s'écouler sous forme de pus et simuler, chez les adultes affectés d'adhérences, la blennorragie. L'observation de M. le professeur Baumel citée plus haut en fournit la preuve.

Enfin l'action réflexe sera plus vivement sollicitée quand ce smegma affecte la forme d'un corps étranger, d'un calcul. Les cas de ce genre, tout rares qu'ils sont, peuvent se présenter, et nous nous croyons obligé de donner sur leur compte quelques renseignements.

Les calculs préputiaux formés par du smegma concrété ont été étudiés par Albers et Lewin. D'après ce dernier, les glandes de Tyson, occupant la partie interne de la lame préputiale, ont une sécrétion onctueuse, beaucoup moins fluide que celle des autres glandes cérumineuses, et ce smegma, joint à des cellules épidermiques, peut donner lieu à la formation la plus simple de concrétions préputiales, la seule admise par Rokitansky. Blanchâtres et mollasses quand ils sont récents, les calculs smegmatiques exposés à l'air prennent l'aspect de raisins secs. Parfois ils offrent, comme les coquillages, une surface concave répondant au gland, une autre convexe correspondant au prépuce (1).

Mais on peut trouver dans le repli balano-préputial des calculs d'une autre origine.

Ils peuvent, en effet, provenir de la vessie et ils sont alors arrêtés par le prépuce rétréci (Voigtel). Ou bien encore ils se forment sur place, par le séjour de l'urine coulant goutte à goutte entre le prépuce et le gland adhérents.

Nous avons vu plus haut que Rokitansky n'admet pas l'existence de ces deux derniers genres de calculs. Chez un

---

(1) Lewin, *Berlin. klin. Wochensch.*, n° 13, p. 177, et n° 14, p. 197.

enfant de deux ans, on a compté jusqu'à cinquante et un calculs préputiaux, pesant ensemble 190 gram (Lewin). Enfin, — et c'est en ceci que ces calculs nous intéressent —, tous les auteurs ont signalé, comme conséquence de leur présence, une excitation des organes génitaux amenant l'érection et provoquant des habitudes d'onanisme. Ainsi, à côté de l'excitation causée par les adhérences balano-préputiales, se place celle qui peut se produire à la suite des complications qui les accompagnent.

Ainsi se trouve expliquée en partie l'incontinence d'urine dans le sexe masculin. Chercherons-nous un autre mécanisme pour la petite fille ? Les données embryologiques nous permettent de dire que non, et il est naturel de rechercher les adhérences des organes génitaux féminins dans leur rapports avec l'incontinence. C'est, en effet, la question que s'est posée M. le professeur Baumel. « Je me demande même si certaines anomalies constatées chez la jeune fille, et en particulier l'adhérence des petites lèvres, que j'ai eu l'occasion d'observer chez une enfant de deux ans, ne pouvaient pas en être rapprochées. Il y avait chez cette petite fille des adhérences des petites lèvres d'un bout à l'autre. Elles constituaient comme une membrane obturatrice tendue au devant de la vulve, et l'on ne voyait tout à fait en haut qu'un orifice sombre par où s'échappait l'urine.

» S'agissait-il dans ce cas d'une conformation vicieuse des organes génitaux internes et externes, et cet orifice était-il le méat urinaire, le point de terminaison du canal de l'urètre ? On aurait pu aisément le croire ; au lieu toutefois de la coloration rosée de la muqueuse urétrale, cet orifice présentait une coloration foncée toute particulière. Pour m'en rendre mieux compte, je passai une sonde cannelée dans cet orifice et je pus arriver ainsi très facilement, l'instrument se trou-

vant placé derrière une mince membrane verticale obturant la vulve, dans un cul-de-sac correspondant à la partie postérieure de celle-ci, c'est-à-dire à la fourchette.

» Nous étions donc en présence d'une simple adhérence des petites lèvres. Le manuel opératoire fut des plus simples : passage de la sonde cannelée par l'orifice, derrière la cloison constituée par la soudure des petites lèvres, perforation de la cloison à la fourchette pour laisser passer l'extrémité de la sonde ; enfin incision sur celle-ci de la membrane en son milieu.

» Le clitoris, encapuchonné par le dédoublement supérieur de chaque petite lèvre ainsi formée, devint visible et la vulve apparut en arrière, parfaitement conformée. »

Cette observation est très intéressante : elle nous permet d'assimiler les adhérences de l'appareil génital féminin aux adhérences balano-préputiales. Néanmoins, pour que la comparaison fût complète, il faudrait comparer les adhérences balano-préputiales aux adhérences qui pourraient unir le clitoris à son enveloppe muqueuse. Nous n'avons pas d'observations de ce genre dans la littérature médicale, mais il est permis de penser que, une fois l'attention attirée de ce côté, les cas de ce genre pourront se rencontrer ; ils expliqueront alors très bien le mécanisme de l'incontinence chez la petite fille par action réflexe.

Notons, du reste, en passant, que l'incontinence nocturne d'urine est moins fréquent chez la petite fille que chez le petit garçon.

Nous venons d'expliquer par le mécanisme de l'action réflexe l'incontinence d'urine due aux adhérences balano-préputiales. Est-ce à dire que toute incontinence concordant avec ces malformations doit la mettre exclusivement en

cause? Nous ne le pensons pas. Et il suffira de lire les quelques observations qui complètent ce travail, pour se rendre compte que telle n'est pas notre opinion. Dans certains cas on supprime les adhérences, et la guérison survient ; dans d'autres, au contraire, l'incontinence persiste après l'intervention.

Dans le premier cas, il faut donc admettre que les adhérences étaient seules en cause. Dans le second, au contraire, les causes ont été multiples. Or nous avons fait remarquer au début de ce chapitre que l'étiologie de l'incontinence n'était pas simple. Nous avons parlé d'hyperexcitabilité de la vessie, d'atonie. Nous avons vu que l'action réflexe n'était pas une. C'est ainsi que des excitations éloignées de l'appareil vésical ont pu dans certaines circonstances retentir sur lui. L'évolution dentaire, entre autres, devra souvent être incriminée par un mécanisme que nous avons suffisamment expliqué.

Enfin il n'est pas jusqu'à l'hérédité qui ne puisse être mise en cause. Tantôt c'est une hérédité purement nerveuse, tantôt c'est une hérédité névropathique, c'est-à-dire qui a souffert du côté de son système nerveux. Beaucoup d'incontinents en outre ont eu des parents qui eux-mêmes ont pissé au lit jusqu'à un âge assez avancé.

Enfin il faut envisager encore les malformations multiples qui compliquent les adhérences balano-préputiales. Nous dirons donc que ces dernières concourent à composer l'ensemble de causes qui détermineront l'incontinence d'urine. Et nous ajouterons aussi que, dans quelques cas, elles seules doivent être incriminées. Il y a donc là une raison de plus pour opérer les adhérences, puisque cette intervention est susceptible de faire découvrir le véritable facteur de l'incontinence.

III

ÉTUDE CLINIQUE
DES ADHÉRENCES BALANO-PRÉPUTIALES

De la lecture des chapitres précédents, ressort nettement ce fait, que les adhérences balano-préputiales sont très facilement méconnues.

Il nous reste donc pour compléter cette étude à énumérer les manifestations auxquelles donnent lieu la malformation qui nous occupe. Ce n'est pas que le diagnostic en soit difficile: il suffit d'éverser le prépuce pour apercevoir les adhérences; mais comme beaucoup sont généralement peu développées, uniquement localisées au sillon balano-préputial dont elles diminuent la profondeur, cette éversion, pour être démonstrative, devra être complète.

Du reste, des troubles nombreux poussent le médecin à diriger ses investigations du côté de l'appareil génital; ces troubles, nous allons les énumérer successivement.

Tout d'abord ce sont des troubles de la miction. L'incontinence d'urine ne nous arrêtera pas longtemps; quand nous aurons dit qu'elle est le plus souvent nocturne, mais que chez certains enfants elle se montre pendant le jour, nous aurons épuisé le sujet.

La rétention d'urine est un fait exceptionnel, elle se présente en tout cas, le plus souvent, sous un aspect spécial. Lorsque les adhérences multiples et nombreuses accolent le gland au prépuce dans toute son étendue, il arrive que l'ou-

verture préputiale n'est pas superposée au méat. Que se passe-t-il alors? Les adhérences tendant fortement au-devant du méat un obstacle résistant, l'urine ne s'écoule plus que goutte à goutte ou ne s'écoule pas du tout.

Dans le premier cas, l'urine est expulsée par petites quantités qui se glissent entre le gland et le prépuce, distendant ainsi cet espace qui est ordinairement virtuel. Il se forme ainsi des poches plus ou moins volumineuses, se vidant spontanément, ou réclamant l'intervention. Ceci arrive surtout dans le cas d'adhérences compliquant le phimosis; mais les mêmes accidents sont possibles avec les adhérences simples.

D'autres fois, les troubles urinaires deviennent à ce point complexes qu'on a pu prononcer les mots de cystite ou de calcul vésical; une observation de M. le professeur Baume nous en fournit la preuve :

« On amène un jour dans mon cabinet un enfant qui avait été vu par trois médecins d'un chef-lieu d'arrondissement; tous trois l'avaient cru atteint de cystite ou de calcul vésical parce qu'il urinait souvent ; aucun n'avait songé à examiner le gland et le prépuce.

» La simple érection de la verge qui existait dans ce cas particulier m'a souvent mis sur la voie des adhérences balano-préputiales. J'examinai donc systématiquement la verge, et je trouvai des adhérences très étendues. Il existait une balano-posthite suppurée qui avait même produit des excoriations du prépuce. J'opérai l'enfant séance tenante, et sa prétendue cystite avec pollakiurie disparut dès lors comme par enchantement. »

Les adhérences balano-préputiales ne sont généralement pas douloureuses dans l'intervalle des mictions : c'est ce qui explique qu'on n'ait pas songé à examiner de près le corps

du délit. Ici, cependant, il y a quelques exceptions, nous les empruntons encore à M. le professeur Baumel :

« Vous avez tous vu l'enfant couché au n° 1 de la salle des garçons, à qui nous avons enlevé des adhérences très étendues. Or il ne se plaignait, vous vous en souvenez, que de *coliques* dont nous ne pouvions élucider l'origine, et qui n'étaient certainement que des douleurs provoquées par ces adhérences ; ces douleurs ont disparu sitôt après l'intervention.

» Permettez-moi de vous citer encore une autre observation. C'est celle d'un enfant de New-York, âgé de dix ans environ, que l'on amena un certain jour dans mon cabinet. La mère, fort intelligente d'ailleurs, me déclara que cet enfant *portait constamment les mains à son pantalon entre les jambes*, et que quand on lui en demandait la raison, il répondait : « le pantalon me fait mal. » J'examinai la verge aussitôt et je trouvai des adhérences très étendues. »

Voilà donc deux cas dans lesquels les adhérences se manifestent par toute autre chose que l'incontinence. Il est certain que dans le premier, l'action réflexe se montre très nettement ; mais au lieu de provoquer des troubles moteurs du côté de la vessie, elle s'est manifestée du côté de l'intestin sous forme de coliques. Le mécanisme d'action des adhérences nous permet de ne pas trop nous étonner de ce fait.

Losque les adhérences étendues laissent derrière elles un espace vide, il se produit bientôt à ce niveau un dépôt de smegma contre lequel on est assez désarmé : bientôt survient l'inflammation de la muqueuse ou balano-posthite, susceptible de s'accompagner d'excoriations, de véritables ulcérations se prolongeant indéfiniment jusqu'à devenir chroniques.

Chez certains individus, on voit le smegma s'écouler de l'ouverture préputiale sous forme de gouttelettes simulant la blennorragie. « Le smegma préputial, dit M. le professeur Baumel, peut produire de la suppuration avec excoriation du prépuce. Presque toujours, chez l'enfant, la balano-posthite reconnaît pour cause les adhérences balano-préputiales ; aussi y a-t-il grande utilité à opérer le phimosis même au point de vue exclusif du diagnostic. Chez l'enfant que nous avons opéré il y a quelques jours, vous avez vu que les adhérences remontaient jusqu'au voisinage du méat urinaire. Elles étaient généralisées, bien que la présence de quelques orifices permît de ci de là l'introduction du stylet. En arrière des premières adhérences comme des dernières existait du smegma préputial blanc qui ne pouvait librement se faire jour à l'extérieur. Ce smegma que l'on voit facilement par transparence à travers les adhérences elles-mêmes nous permet de diriger plus sûrement notre instrument sur le point faible ou plus facilement attaquable de celles-ci. » Ces quelques mots résument les complications qui peuvent ressortir du fait de la sécrétion glandulaire.

Mais les adhérences balano-préputiales peuvent, outre les nombreux inconvénients que nous venons de citer, occasionner des conséquences parfois désastreuses; nous voulons parler des habitudes d'onanisme contractées par les malades.

Quand nous avons étudié la pathogénie de l'incontinence d'urine, nous avons expliqué le mécanisme de l'érection qui se produit souvent et est une des manifestations les plus fréquentes des adhérences : « Vous comprenez sans peine, dit M. le professeur Baumel, que, par suite de l'accumulation du smegma préputial au-dessous de ces adhérences qui l'emprisonnent à la base du gland, se produit une certaine excitation génitale, de l'érection de la verge, ce qui peut

amener l'enfant à des habitudes d'onanisme ; c'est là une raison de plus pour détruire le plus tôt possible les adhérences. »

Ainsi caractérisées, les adhérences épithéliales du prépuce au gland deviennent d'un diagnostic facile ; nous ne saurions trop répéter que, dans toute circonstance, il sera en tout cas nécessaire de les rechercher attentivement si on ne veut pas commettre une erreur d'interprétation.

Le pronostic est en lui-même absolument bénin. Cependant, à considérer les symptômes que nous venons de décrire, on ne peut s'empêcher de songer que certains peuvent présenter une réelle gravité ; nous voulons parler de la rétention d'urine qui, entre les mains de personnes ignorantes, peut mettre la vie en danger. Sans aller jusqu'à cette exception, on ne peut nier que la balano-posthite chronique, les mictions douloureuses, les érections pénibles et fréquentes engageant à l'onanisme, tous les petits troubles enfin causés par les adhérences font d'une maladie bénigne en elle-même, une pénible infirmité qu'une simple intervention suffit à dissiper.

De plus, nous avons eu l'occasion de dire que les adhérences peuvent persister jusqu'à l'âge adulte ; les inconvénients s'en accroissent de ce fait. Elles constituent alors parfois une simple gêne à la copulation, parfois même un obstacle. Certains auteurs prétendent que, par le mécanisme déjà invoqué pour la rétention d'urine, elles pourraient être cause de stérilité. Sans exagérer, on peut toutefois dire qu'il y a là une condition favorable pour contracter des maladies vénériennes de toute nature.

IV

TRAITEMENT

Le traitement des adhérences balano-préputiales consiste en une opération absolument bénigne, très simple, peu douloureuse et ne nécessitant pas de technique spéciale.

Néanmoins, et au point de vue théorique du moins, il paraît devoir exister à côté de cette intervention radicale et curative un traitement symptomatique. Ce traitement n'est autre que celui de Trousseau et consiste à administrer la belladone dans le cas où le symptôme dominant des adhérences est l'incontinence nocturne d'urine. Si on admet, en effet, la pathogénie que nous avons invoquée dans le cours de ce travail, rien de plus simple que le mécanisme d'action de la belladone. C'est un médicament qui, à dose faible provoque la diminution de l'excitabilité réflexe de la moelle, à haute dose, l'abolit complètement. Tandis que nous n'arrivons pas à comprendre comment la belladone s'adresse à une vessie pour relever l'atonie musculaire, nous comprenons très bien qu'elle puisse provoquer l'abolition du réflexe partant des adhérences.

Combien d'incontinences traitées et améliorées par la belladone qui reconnaissaient pour cause cachée l'adhérence balano-préputiale! Car il n'est pas permis d'expliquer autrement cette malformation fréquente comparativement à sa rareté antérieure.

Ceci dit nous passons au traitement radical. Nous ne pou-

vons mieux faire que de citer les propres paroles de M. le professeur Baumel : « Le manuel opératoire est des plus simples et la sonde cannelée ou le stylet suffisent dans l'immense majorité des cas pour détacher les adhérences ; je me sers d'ordinaire du stylet.

» Il n'y a pas habituellement la moindre hémorragie, ces adhérences étant absolument épithéliales ; je n'en ai vu que très exceptionnellement sur le grand nombre de cas que j'ai observés.

» Le jour même de l'opération, il peut y avoir un peu d'œdème préputial, très facile d'ailleurs à se produire, surtout chez le très jeune enfant, en raison de la laxité extrême du tissu cellulaire préputial et de l'inflammation produite par le traumatisme quelque léger, quelque insignifiant qu'il puisse être. Dans tous les cas, il faut laver tout de suite à l'eau boriquée les surfaces ainsi avivées et enlever soigneusement toute la matière sébacée retenue jusque-là par les adhérences. On peut encore, si l'on craint que cela ne suffise pas, enduire le gland avec un corps gras, de la pommade par exemple, et préférablement de la vaseline boriquée.

» Une fois enfin que l'on a détaché les adhérences, il faut avoir soin de recommander à la famille de bien laver le gland et le prépuce à l'eau boriquée plusieurs fois par jour, pendant environ quinze jours, de façon à empêcher la production des nouvelles adhérences qui sans cette précaution ne tarderaient pas à se reformer (1). »

---

(1) Dans certains cas, comme dans l'observation II par exemple, les adhérences sont solides et résistantes. Il est alors préférable d'en faire la ligature. Pour cela, on noue fortement autour du pédicule un fil de soie qui tombe généralement au bout de deux à trois jours, amenant ainsi la guérison.

La même technique s'adressera aux adhérences compliquant les phimosis. Une fois le prépuce sectionné, on coupera de la même façon les adhérences jusqu'à ce que la peau glisse facilement sur le gland au point de découvrir complètement le sillon balano-préputial.

Quant aux adhérences cicatricielles, elles sont, comme n ou l'avons déjà dit, plus solides, plus résistantes, car leur constitution est presque uniquement formée par du tissu fibreux ; elles ne donneront pas davantage lieu aux hémorragies et le manuel opératoire sera toujours le même.

Il faut enfin prévoir un écueil facile, afin de le mieux éviter. Les adhérences sont susceptibles de se reformer avec une extrême facilité: on devra toujours avoir cette notion pré sente à l'esprit et surveiller activement dans ce sens les suites de l'opération.

OBSERVATIONS

Observation I

(Recueillie à la clinique des maladies des enfants
service de M. le professeur Baumel.)

Incontinence d'urine et adhérences balano-préputiales

B. (Emile), enfant assisté, douze ans et demi. Entré à la Clinique de médecine infantile, le 25 février 1903.

Cet enfant entre à l'hôpital parce qu'il urine la nuit.

Etat actuel. — Comme aspect ce malade paraît plutôt anémique et légèrement amaigri ; l'intelligence paraît normale. Pas de stigmates de névroses et en particulier d'épilepsie.

Le malade n'urine pas toutes les nuits, mais l'affection, d'après son dire, paraît remonter à la naissance ; il urine plutôt le matin que dans le premier sommeil. Il ne nous a pas été possible de trouver la cause occasionnelle de la miction. Comme cause prédisposante, on a trouvé des adhérences balano-préputiales assez étendues.

A l'examen direct, on ne découvre de lésions dans aucun organe ; les poumons et le cœur sont intacts.

Du côté de l'appareil dentaire, nous trouvons l'état suivant :

Maxillaire, supérieur côté gauche : la 4me molaire émerge du maxillaire.

Côté droit : la 4me molaire n'est pas encore apparue.

Maxillaire inférieur côté gauche : la 4me molaire est en

évolution, il y a un espace vide entre la canine et la première molaire; la canine remue, la seconde prémolaire manque.

Côté droit: la seconde molaire remue.

Antécédents héréditaires. — Aucun renseignement.

Antécédents personnels. — Aucune maladie connue.

Traitement. — 1° Solution de lactophosphate de chaux à 5 pour 100, — 30 grammes.
2° Poudre de belladone 0,02 centigrammes
Extrait de belladone 0,01 centigramme.
P. une pilule.
3° Sirop de quinquina.

Le 27, M. le professeur Baumel rompt les adhérences balano-préputiales à l'aide d'un stylet, on trouve du smegma en abondance.

L'incontinence a cessé à partir de ce jour, le malade sort guéri.

Observation II

(Recueillie à la clinique des maladies des enfants,
service de M. le professeur Baumel).

Incontinence d'urine et adhérences balano-préputiales

C... (Raphaël), dix ans, entré le 6 mars.

État actuel. — Enfant d'apparence assez robuste. Malade depuis deux mois, se plaint d'uriner au lit la nuit, urine une fois par nuit et à peu près toutes les nuits. Pas d'incontinence diurne.

A l'examen, on trouve une adhérence balano-préputiale assez épaisse, fibreuse, mais étoilée et situé à la partie gauche du gland.

Au point de vue de l'évolution dentaire, le malade fait le remplacement de ses incisives médianes. La dent six-sept ans a terminé son évolution, la deuxième grosse molaire n'est pas encore apparue.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie connue.

Traitement :	Poudre de belladone . . .	0,02 centigr.
	Extrait de belladone . . .	0,01 —
	P. 1 pilule.	

Le 10 mars, M. le professeur Baumel essaie de rompre les adhérences à l'aide d'un stylet mousse, l'adhérence résiste, il place alors une ligature à l'aide d'un fil de soie ; chute du fil et rupture de l'adhérence trois jours après. La nuit qui a suivi la rupture de l'adhérence le malade n'a pas uriné, non plus les deux nuits suivantes ; mais il recommence à uriner dans la nuit du 15 au 20, du 20 au 21, du 21 au 22 ; puis l'incontinence d'urine cesse de nouveau.

Observation III

(Recueillie à la clinique des maladies des enfants, service de M. le professeur Baumel.)

Incontinence d'urine et adhérences balano-préputiales

P. (V.), neuf ans et demi.

Entré à l'hôpital parce qu'il est faible ; les forces ont beaucoup diminué, le malade a maigri considérablement.

Etat actuel. — La maladie a débuté il y a dix mois, la mère s'est aperçue que son enfant dévorait, tout en maigrissant beaucoup ; le malade a le ver solitaire. De plus, par périodes, l'enfant est très agité la nuit, crie et pleure ; il

urine presque toutes les nuits dans son lit. Avant son entrée à l'hôpital il est resté immobilisé quatre jours au lit par des douleurs des membres inférieurs. Cet enfant tousse par périodes et principalement la nuit; il n'a pas de palpitations de cœur, pas d'essoufflement, mange beaucoup, digère bien, n'a ni constipation, ni diarrhée. Pendant le jour, il urine très bien, ni plus ni moins que la normale. Très nerveux, il se met facilement en colère, rêve souvent la nuit.

Antécédents personnels. — A eu les vers, pendant qu'il était à la mamelle; rougeole à quatre ans; scarlatine à cinq ans avec phénomènes nerveux très intenses.

Antécédents héréditaires. — Les parents ne paraissent pas être bien portants; ils ont eu quatre enfants vivants, la mère a fait quatre fausses couches dans l'ordre suivant :

1° Un mort-né à la suite d'accouchement laborieux.

2° Une sœur de vingt-cinq ans, mariée et en bonne santé.

3° Première fausse couche à deux mois et demi.

4° Une sœur de vingt ans, en bonne santé.

Les numéros 2 et 4 ont toussé jusqu'à l'âge de quinze ans, ils ne toussent plus actuellement.

5°, 6° et 7° trois fausses couches consécutives à deux mois et demi.

8° Notre malade à terme.

La mère vient d'être malade pendant trois mois.

Elle n'a pas eu de boutons sur le corps, n'a pas eu de mal dans la bouche, mais a perdu les cheveux à vingt-six ans, avant la première fausse couche.

Examen direct. — L'enfant présente une atrophie généralisée avec prédominance marquée du côté des muscles du tronc. L'omoplate du côté droit fait fortement saillie en arrière; les creux sus et sous-claviculaires sont plus accentués du

côté droit. Rachitisme thoracique, aplatissement de la cage thoracique surtout marqué à droite, projection du sternum en avant, scoliose à convexité tournée du côté droit. Cœur hypertrophié, la pointe bat dans le sixième espace intercostal.

A l'examen de la verge, on remarque toute une couronne d'adhérences balano-préputiales qui ne permettent de découvrir le gland qu'à moitié ; çà et là sur toute la surface de cette couronne apparaissent de petits pertuis à travers lesquels on voit sourdre du smegma préputial. Nous détachons très facilement ces adhérences à l'aide d'une sonde cannelée et nous mettons le gland absolument à découvert, sans avoir provoqué beaucoup de douleur chez le malade et avoir vu une seule goutte de sang. Lavage du gland et de tout le prépuce avec de l'eau boriquée, lavage répété deux fois par jour depuis l'opération.

La nuit même après notre intervention, le malade, qui avait de l'incontinence nocturne sans discontinuer, n'a pas uriné dans son lit et la guérison radicale se maintient depuis.

CONCLUSIONS

I. — Les adhérences balano-préputiales sont congénitales ou acquises.

Dans le premier cas ce sont ou des adhérences simples d'origine épithéliale, délicates et que des tractions peu énergiques suffiront parfois à rompre ou bien encore des adhérences liées au phimosis. Ces dernières sont en général plus résistantes et constituées par du tissu fibreux. Les adhérences acquises, résistantes aussi, sont le fait de plaies, de brûlures ayant intéressé le gland et la muqueuse préputiale ; elles sont du reste excessivement rares.

II. — Le nombre, l'étendue des adhérences balano-préputiales est variable. Il y a de simples adhérences qui ne diminuent que la profondeur du sillon balano-préputial ; il y en a qui s'étendent sans interruption de ce sillon au méat.

III. — Il faut chercher attentivement les adhérences balano-préputiales pour les découvrir. Le symptôme le plus fréquent auquel elles donnent naissance est l'incontinence d'urine. Il s'explique par action réflexe. D'autres symptômes moins fréquents peuvent exister ; ce sont : des troubles multiples de la miction rétention d'urine, douleur à la miction, coliques ; on a noté quelquefois des complications comme la balano-posthite. L'enfant peut enfin contracter des habitudes d'onanisme.

IV. — Le traitement consiste à sectionner les adhérences, il est absolument bénin. On évitera toutefois la tendance facile à la reformation de ces adhérences.

V. — Enfin le traitement de l'incontinence d'urine par la belladone, diminuant le pouvoir réflexe de la moelle, pourra donner des résultats dans les cas où la rupture des adhérences ne serait pas acceptée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BAGINSKI. — Maladie des enfants, 1892, t. II.

BAUMEL. — Journal de clinique et thérapeutique infantiles, année 1896, p. 442.

ESPAGNE. — De l'incontinence d'urine (Montpellier Médical, 1870).

FASSO. — Thèse de Montpellier, 1902.

GERMAIN (DE SAINT-). — Clinique de l'hôpital des Enfants malades.

GUINON. — Thèse de Paris, année 1889.

HAMONIC. — De la circoncision (Rev. clin. d'androl. et gynécol., 1900, VI).

LEWIN. — Berlin. Klin. Wochensch., n° 13, p. 177, et n° 14, p. 197.

MARFAN, COMBY et GRANCHER. — Traité des maladies de l'enfance (Paris 1888).

OWEN. — Traité pratique de chirurgie infantile, traduit par O. Laurent (Paris 1891).

PIÉCHAUD. — Précis de chirurgie infantile (Collection Testut).

POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires (O. Doin 1899).

RŒHMER. — Medic. œsterr. Jahrb., XXVII. 1839.

ROKITANSKY. — Lehrb. der path. Anat., 3e édition, III.

SARDAC (DE). — Thèse de Bordeaux, 1890-1891.

STÉPHANINI. — Quelques considérations sur l'incontinence d'urine chez l'enfant (Montpellier 1900).

VOIGTEL. — Handb. der path. Anat. (Halle 1805).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 mars 1903.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 mars 1903.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!
